



**Centre de vaccinations internationales
Centre antirabique**

FICHE DE CONSULTATION VACCINATION

IDENTITE :

Nom de naissance : Nom Usuel :
Prénom(s) : Sexe : Féminin / Masculin
Date de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Tel : Adresse Mail :
Profession :
Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
Médecin traitant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Antécédents médicaux et chirurgicaux:

.....

Allergies : (Œufs, poulet, gélatine, médicaments....)

.....

Traitement en cours :

.....

Avez-vous reçu un autre vaccin dans les deux derniers mois ? : Oui / Non

Si oui, date : vaccin :

Avez-vous déjà eu des effets secondaires suite à une vaccination ? Oui / Non

Avez-vous de la fièvre ou un épisode infectieux en cours ? Oui / Non

Pour les femmes :

Grossesse en cours ou prévue ? Oui / Non

Allaitement en cours ? Oui / Non

Destination :

Date de départ et durée du séjour :

Vaccination demandée :

Pour la fièvre jaune, merci de bien vouloir prendre connaissance de la notice.

Date et signature du patient : (précédée de la mention Lu et approuvé)